

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N° 1

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

René-Pierre COSSART

né le 21 octobre 1913, à Aire-sur-la-Lys (P.-de-C.)

Interne des Hôpitaux de Paris

Classification des Rectites
et
leurs Traitements

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

PARIS

Librairie Louis ARNETTE

2, rue Casimir-Delavigne

1940

ANNÉE 1940

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

René-Pierre COSSART

né le 21 octobre 1913, à Aire-sur-la-Lys (P.-de-C.)

Interne des Hôpitaux de Paris

Classification des Rectites
et
leurs Traitements

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

——— PARIS ———
Librairie LOUIS ARNETTE
2, rue Casimir-Delavigne
1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLEY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER . Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD ... Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE ... Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.). Physique.
 DESOILLE ... Médecine légale.
 DIGONNET .. Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BREN-
 TANO..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD ... Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-
 VILLARS ... Anatomie pathologique.
 N... Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LÉVY.. Pharmacologie.
 MARCHAL ... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAIL-
 LIS Pathologie chirurgicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER .. Obstétrique.
 NEVEU-
 LEMAIRE .. Parasitologie.
 VAUDESCAL . Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
DONZELOT.		D'ALLAINES.	
DUVOIR.		LEVEUF.	
GASTINEL		MOULONGUET.	
HUGUENIN		MOURE.	
LAROCHE (G.).		QUÉNU.	
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.	Clinique obstétricale.	
	METZGER.		
	PORTES.		
	VIGNES.		

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
N.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

A MA FIANCEE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153709_0021

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY

Médecin des Hôpitaux

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RACHET

Médecin des Hôpitaux

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENEGRE

Médecin des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES

1932-33 : MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE
1933-34 : MONSIEUR LE DOCTEUR TREMOLIERES

EXTERNAT

1934-35 : MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL
1935-36 : MONSIEUR LE DOCTEUR J. RACHET
1936-37 : MONSIEUR LE DOCTEUR F. TREMOLIERES
1937-38 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY

EXTERNAT EN PREMIER

1938-39 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENEGRE
MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIER
1939-40 : MONSIEUR LE DOCTEUR J. RAVINA

INTERNAT

1940-41 : MONSIEUR LE DOCTEUR BENDA
A MESSIEURS LES DOCTEURS
MORLAAS, MOUSSOIRE, GIBERT, A. HUREZ,
LANCE, CARREZE, PIERRE LOGEAS

A MES AMIS

J. JOUBLIN et J. ROSEY

CLASSIFICATION DES RECTITES ET LEURS TRAITEMENTS

Les rectites résultent de l'inflammation aiguë, subaiguë ou chronique de la portion terminale du tube digestif. Elles groupent des faits disparates dont la classification prête à discussion. En effet, les limites nosologiques en sont imprécises : l'étiologie en est souvent difficile à définir.

RAPPEL ANATOMIQUE

Nous rappellerons tout d'abord la conformation anatomique du rectum, car elle nous aidera à grouper de nombreuses rectites et à essayer de les classer.

Anatomiquement, le rectum est un organe de transition entre le sigmoïde et le canal anal. Il se compose d'une portion dilatée : l'ampoule rectale qui se prolonge en haut par un segment sigmoïdien de trois centimètres, et en bas par le canal anal jusqu'à la zone cutanéomuqueuse.

On divise le tout en deux portions essentielles en se basant sur l'embryologie : le haut rectum et le bas

rectum qui correspondent à des localisations pathologiques différentes et qui peuvent servir de base à une classification des rectites.

Le haut rectum qui découle embryologiquement de l'intestin terminal, forme un tout au point de vue anatomique avec un seul pédicule complet : le pédicule hémorroïdal supérieur. Sa limite supérieure est imprécise; si on a pu y décrire une valvule inconstante, en fait, les trois derniers centimètres du sigmoïde peuvent lui être incorporés. L'exploration endoscopique peut se prolonger jusqu'à 30, 32, quelquefois 35 centimètres au-dessus de l'orifice anal, c'est-à-dire dans une portion très avancée du sigmoïde. Aussi faut-il d'emblée souligner des atteintes simultanées du rectum et du sigmoïde.

Le bas rectum dérive embryologiquement du cloaque. Il présente de nombreux pédicules vasculaires et lymphatiques dont les aboutissants sont très différents. Il se distingue du haut rectum au niveau des valvules de Houston. En bas, il se termine à l'orifice anal. Enfin, on trouve dans sa paroi le sphincter anal qui donne aux affections de la région un caractère particulier.

Quand nous aurons rappelé les anastomoses portocaves dans la muqueuse rectale et les connexions avec le sacrum en arrière et surtout les organes génito-urinaires en avant, nous en aurons terminé avec ce rappel anatomique capital à connaître pour comprendre la pathologie rectale.

En effet, cette division anatomique correspond à une classification pathologique :

— le bas-rectum est le siège des rectites basses ou ano-rectites qui, le plus souvent, sont d'origine externe par propagation ascendante. Elles remontent plus ou moins haut sur la muqueuse rectale, mais il est toujours possible à l'examen endoscopique d'en atteindre la limite supérieure.

L'inflammation du haut-rectum réalise les rectites hautes ou recto-sigmoïdites. Elles sont le plus souvent d'origine interne, quelquefois descendante. En effet, à la rectite est presque toujours associé un certain degré de colite ou tout au moins de sigmoïdite plus ou moins étendue. Dans ce cas, à l'examen endoscopique, les lésions sont diffuses, et le rectoscope aussi loin qu'il peut aller, ne trouve pas de limite supérieure à l'inflammation ou alors seulement, très haut sur le sigmoïde. Cependant, il est des cas difficiles à ranger dans ce cadre. Ce sont les rectites segmentaires et les rectites propagées du haut au bas-rectum par voie descendante.

Les rectites segmentaires sont le plus souvent localisées à l'ampoule rectale avec une limite supérieure nette. Un aspect assez particulier de ces rectites segmentaires est fréquemment constaté à titre de séquelles de certaines rectites d'origines inconnues. Elles se présentent, dans ce cas, sous forme d'une petite bande transversale, large de quelques centimètres, sur le plancher du canal anal ou sur l'ampoule rectale, au niveau de laquelle la muqueuse

est parsemée de petites ulcérations hémorragiques. Ces rectites segmentaires peuvent être une localisation élective et partielle de certaines inflammations habituellement plus étendues, ou, comme nous venons de le dire, elles sont les séquelles invétérées d'une séquelle plus étendue. Parfois, elles peuvent encore résulter d'une propagation infectieuse de voisinage.

La possibilité de propagation par voie descendante des recto-sigmoïdites au bas-rectum, peut encore entraîner des difficultés dans une classification des rectites. Dans ce cas, en effet, un diagnostic étiologique précis est souvent impossible. Le rectoscope révèle la diffusion des lésions. Il s'agit, le plus souvent, de rectites chroniques.

Malgré la fragilité de cette classification, nous la garderons cependant comme un schéma, puisque dans les cas typiques, il existe des différences pathogéniques des maladies envisagées.

Avec notre maître Rachet, nous proposerons donc la classification suivante :

I. - RECTITES PRIMITIVES

1° Anorectite ou rectite basse : l'infection est ici d'origine externe et la propagation ascendante ;

2° Recto-sigmoïdite ou rectite haute : l'infection est d'origine interne, parfois descendante, presque toujours simultanément colique et rectale.

II. - RECTITES SECONDAIRES

Par extension au rectum, par contiguïté péri-rectale d'une inflammation d'un organe de voisinage.

Nous laisserons aussi de côté le grand chapitre des recto-colites où la localisation rectale n'est qu'un des éléments de l'atteinte colique et qui nous obligerait à passer en revue toutes les affections du gros intestin.

DIAGNOSTIC DES RECTITES

Deux ordres de symptômes seront à étudier :

- des signes fonctionnels qui attireront l'attention vers le rectum, mais ne fourniront le plus souvent qu'une présomption ;
- des signes physiques qui consistent essentiellement dans les constatations faites par le toucher rectal et l'examen endoscopique.

1° LES SIGNES FONCTIONNELS

a) *Les émissions de produits anormaux par l'anus* :

Issus de l'inflammation, ils traduisent les variétés et, dans une certaine mesure, le degré de l'infection. Il peut s'agir :

- d'émissions purulentes, témoins indiscutables de l'altération pariétale ;
- d'émissions sanglantes, d'étiologie plus discutable puisqu'elles surviennent également dans la symptomatologie des tumeurs.

Ces hémorragies peuvent être le seul symptôme de la rectite ; plus souvent, elles accompagnent les glaires et le pus réalisant le syndrome dysentérique ;

— d'émissions glaireuses et parfois d'éliminations sphacéliques.

Toutes ces éliminations anormales peuvent être isolées formant autant de formes cliniques des rectites. Bien souvent, elles sont associées de façon variable. Leur nombre est également variable : parfois abondantes, incessantes, obligeant le malade au port constant d'une garniture et réalisant une véritable infirmité. Elles sont souvent rebelles au traitement et très difficiles à tarir.

b) *Les douleurs*.

Elles dépendent du siège de l'inflammation qui leur donne des caractères spéciaux.

Le ténesme est le signe essentiel des rectites. Il traduit la constriction douloureuse du sphincter anal à laquelle se joint une sensation de plénitude rectale, alors que le rectum est vide. Il peut se compliquer de ténesme vésical. Mais il faut bien noter que si le ténesme est le signe majeur des rectites basses, il peut manquer dans les recto-sigmoïdites où les épreintes sont, par contre, habituelles.

Des irradiations douloureuses bien spéciales sont fréquemment constatées. Leur siège habituel est le périnée, les aînes, la racine des cuisses, la région sacrée ou les organes génitaux. L'intensité et la fréquence de ces douleurs peut nécessiter, dans certains cas, un traitement calmant. Par contre, elles peuvent être atténuées ou totalement absentes, surtout au cours des rectites chroniques.

Tels sont les signes fonctionnels qui peuvent se manifester au cours des rectites. Ils attireront l'attention, mais ne permettront jamais d'indiquer ni l'aspect clinique ni le pronostic de la lésion. De plus, ils peuvent être le fait d'autres lésions : les tumeurs essentiellement. C'est donc à l'examen physique qu'il faudra s'adresser pour avoir un diagnostic plus précis et dans une certaine mesure, une étiologie.

2° LES SIGNES PHYSIQUES

a) *Inspection*

Certes, elle peut donner des renseignements très utiles pour poser le diagnostic et parfois soupçonner l'étiologie, mais il faut reconnaître que bien souvent elle ne montre rien d'anormal.

Elle peut révéler parfois un eczéma ou un intertrigo de la marge cutanéomuqueuse de l'anus. Parfois, une ulcération ayant les caractéristiques de la tuberculose, de la chancrelle ou du chancre syphilitique, voire même des plaques muqueuses. Dans d'autres cas, elle révèle une ou plusieurs fistules dont l'orifice externe se manifeste par une goutte de pus de caractère variable. Enfin, elle peut montrer des manifestations inflammatoires par irritation répétée des évacuations anormales : nous voulons parler des condylomes. Après avoir déplié avec douceur la marge de l'anus d'une façon systématique, on peut encore découvrir un orifice fistuleux passé

inaperçu et surtout une ulcération au pôle postérieur de l'anus, ce qui est assez fréquent.

Il sera parfois utile d'explorer les téguments à distance pour rechercher une lésion du périnée, des bourses, de la racine des cuisses ou une adénopathie inguinale.

b) Le toucher rectal et l'endoscopie

sont les deux temps essentiels de l'examen.

En effet, le toucher rectal permet d'apprécier l'extension à la paroi et à l'atmosphère péri-rectale de l'inflammation. L'examen endoscopique permet d'étudier minutieusement la muqueuse rectale et d'établir le bilan exact des lésions.

Ces deux examens se complètent donc mutuellement. De plus, ce sont des examens absolument indispensables non seulement pour faire un diagnostic exact de rectite, mais surtout pour éviter les erreurs grossières et de passer à côté d'une lésion cancéreuse.

Le toucher rectal est facilement réalisable et doit être aussi systématique que le toucher vaginal communément pratiqué.

L'endoscopie demande une certaine expérience, mais elle rend de tels services et elle évite de telles erreurs qu'on ne saurait s'en passer devant tout signe rectal anormal.

Ces deux examens peuvent être parfois très douloureux du fait de l'inflammation et surtout de la

contracture du sphincter anal. Dans ces cas, il peut être très utile d'avoir recours à une anesthésie locale à la liqueur de Bonain ou à la novocaïne.

L'endoscopie permettra encore d'effectuer des prélèvements purulents ou, dans certains cas, des biopsies qui sont assez souvent indispensables pour rechercher l'étiologie de l'affection.

C'est donc grâce à ces examens qu'on pourra parvenir au diagnostic de rectite.

Schématiquement, on peut classer les aspects physiques des rectites en six formes cliniques.

LES RECTITES CATARRHALES

Elles se traduisent par des modifications de la couleur, de l'éclat et du relief de la muqueuse rectale.

La couleur qui, normalement, est rose, peut varier dans ses teintes jusqu'à vermillon.

L'éclat est très souvent modifié, pouvant prendre un aspect dépoli sec et vernissé ou bien humide, lavé, dépoli, ou encore brillant par suite d'une hypersécrétion. Le relief, enfin, est souvent modifié, par suite d'un certain œdème de la muqueuse. Parfois, cet œdème peut être très important et modifier la dilatation ampulaire du rectum réalisant alors un canal virtuel où il peut être difficile de faire cheminer le rectoscope. C'est devant ces lésions œdémateuses que la rectoscopie devra être particulièrement prudente; il ne faudra progresser que très lentement en cherchant toujours la lumière rectale avant d'aller plus loin.

LES RECTITES HEMORRAGIQUES

Ce sont elles qui imposent le plus impérieusement l'examen endoscopique pour éviter des erreurs grossières avec une lésion tumorale, le cancer au premier chef.

Au cours des rectites hémorragiques, on trouve une muqueuse congestive très fragile, saignante au moindre contact ; parfois, c'est un suintement continu de fines gouttelettes de sang. Ces écoulements sanglants rendent souvent l'examen endoscopique difficile, les tamponnements faisant saigner plus abondamment encore.

LES RECTITES ULCEREUSES

Elles se caractérisent par des érosions plus ou moins nombreuses. Tantôt petites et superficielles, tantôt assez grandes, de forme et de profondeur variables. Ces ulcérations sont souvent masquées par des exsudats pultacés ou pseudo-membraneux.

C'est à l'examen de ces rectites ulcéreuses qu'on constate une abondance particulière des sécrétions purulentes. Les parois sont tapissées d'enduit jaunâtre ou verdâtre, souvent fétide. Il est nécessaire de les déterger pour voir les ulcérations sous-jacentes.

LES RECTITES PROLIFERANTES

Elles se manifestent par des bourgeons charnus ou des polypes, les uns sessiles, d'autres pédiculés, qui pendent dans la lumière rectale.

Au cours de la rectoscopie, ils viennent successivement obstruer l'orifice interne de l'instrument.

Leur nombre est très variable d'une forme à l'autre : ils peuvent être isolés ou confluents. Leur consistance n'est pas toujours identique ; tantôt fermes et résistants, ils ont pu être diagnostiqués au toucher rectal ; tantôt mous, difficilement perçus au doigt, ils nécessitent la rectoscopie. Des prélèvements biopsiques seront parfois utiles à pratiquer, car leur dégénérescence est toujours possible.

LES RECTITES INFILTRANTES ET STENOSANTES

C'est dans ces formes que le toucher rectal prend toute son importance. Il permet de constater une paroi rectale épaisse, envahie sur une étendue plus ou moins grande. De consistance ferme, fibreuse, donnant l'impression parfois d'un véritable blindage, d'une gangue résistante ayant envahi toute l'atmosphère péri-rectale. Cette gangue immobilise à des degrés divers, le rectum et c'est encore au toucher rectal qu'on pourra étudier cet envahissement. La sténose progressive rétrécit la lumière rectale. Elle réalise parfois un simple diaphragme ou, au contraire, elle peut avoir un trajet canaliculé, tortueux, remontant à une hauteur variable. Ici encore, le toucher rectal appréciera la consistance parfois bien caractéristique, l'extension en hauteur et à l'atmosphère péri-rectale, les adhérences et la mobilité de la lésion, si possible le calibre du rétrécissement.

A l'examen endoscopique, on constate des ulcérations de la muqueuse, qui, par ailleurs, est lardacée. La zone sous-stricturale est souvent le siège de lésions semblables, ainsi que la zone sus-stricturale, si elle peut être explorée.

Cette classification des divers aspects cliniques des rectites est certes très schématique. Fréquentes sont les associations de deux ou plusieurs de ces formes, réalisant autant de formes mixtes. Cependant, même dans ces cas, il est habituel qu'un aspect soit prédominant. Cette dominante clinique est très utile à reconnaître car elle permet d'établir un traitement, même en l'absence d'étiologie précise et de traitement spécifique.

C'est l'endoscopie qui fera donc un diagnostic exact et établira un bilan des lésions, mais elle ne permettra pas de préciser l'étiologie de la rectite de façon constante, bien au contraire. Il sera presque toujours nécessaire d'avoir recours aux examens bactériologiques et biologiques, parfois à l'anatomo-pathologie. En dépit de toutes les recherches, nombreuses sont les rectites où le diagnostic étiologique restera méconnu.

LES RECTITES BASSES OU ANORECTITES

Les anorectites ne se caractérisent pas essentiellement par les signes fonctionnels. Peut-être le ténesme y est-il plus important et les épreintes moins marquées, mais ce ne sont là que des nuances cliniques souvent trompeuses. En réalité, c'est l'endoscopie qui permettra seule de porter ce diagnostic. Elle met en évidence une démarcation supérieure nette des lésions de la muqueuse. Cette limite est plus ou moins élevée, remontant un peu sur l'ampoule rectale, mais le rectoscope parvient toujours au-dessus d'elle sur une muqueuse saine.

Ce qui individualise surtout nettement les anorectites, c'est leur pathogénie. Elles sont le plus souvent d'origine externe ; la porte d'entrée est à l'anus et c'est par voie ascendante, par propagation de proche en proche que l'inflammation gagne la partie inférieure du rectum. Nous allons d'ailleurs passer très rapidement en revue les différentes causes de rectites basses et nous verrons, pour illustrer cette opinion, que les maladies vénériennes forment les causes dominantes des anorectites.

Nous ne voulons pas ici décrire dans tous leurs détails les nombreuses étiologies des rectites, mais simplement rappeler les différentes causes avec leur caractère dominant pour les faire entrer dans notre classification. Avant les maladies vénériennes, il est nécessaire de mentionner deux étiologies assez communes d'anorectites.

L'ANORECTITE HEMORROIDAIRE

L'inflammation est presque constante au niveau de la muqueuse du canal anal recouvrant des varices hémorroïdaires. C'est elle qui est responsable de la majeure partie des troubles fonctionnels. Elle reste le plus souvent localisée au canal anal réalisant une anite, mais il est fréquent de constater que l'inflammation remonte sur la partie basse de l'ampoule réalisant l'anorectite hémorroïdaire. C'est elle qui occasionne les hémorragies, les crises douloureuses, la turgescence de la muqueuse, les spasmes sphinctériens avec prolapsus.

L'aspect clinique qui la caractérise est le plus souvent une forme congestive avec quelquefois des ulcérations hémorragiques pouvant s'infecter. A la suite de poussées successives, elle peut aboutir à une forme chronique se localisant sur les trois ou quatre derniers centimètres de l'ampoule rectale. Elle forme alors une bande circulaire où siègent des ulcérations torpides avec, parfois, de petits polypes ou des

pseudo-polypes. C'est cet aspect que notre maître Rachet a proposé d'appeler « micropolypose segmentaire sus-hémorroïdaire ».

L'ANORECTITE TRAUMATIQUE

Nombreuses sont les causes de traumatismes pouvant entraîner une inflammation simple, congestive ou quelquefois suppurée du bas-rectum. Nous citerons les traumatismes provoqués par un thermomètre trop violemment introduit ou d'une canule à lavement mal nettoyée et non lubrifiée ; et surtout les pratiques sodomiques, une des causes les plus fréquentes. Cette dernière est susceptible d'entraîner à elle seule, en dehors de toute inoculation vénérienne, une lésion inflammatoire de la muqueuse du canal anal et de la partie basse de l'ampoule rectale.

Elle se manifeste par du ténesme et des douleurs vives à la défécation. La muqueuse rouge vineuse présente de nombreuses ulcérations. Ces lésions saignent facilement et sont recouvertes de pus jaune-verdâtre pouvant simuler la gonococcie rectale. Enfin, elles sont très douloureuses et nécessitent souvent une anesthésie locale pour pouvoir être explorées à l'anuscopie. Les réactions de laboratoire étant négatives, la guérison surviendra en 15 jours-3 semaines.

L'ANORECTITE GONOCOCCIQUE

Elle se manifeste tout d'abord sous une forme aiguë passant souvent à la chronicité. C'est pourquoi

elle nécessitera un traitement prolongé, sauf pour les cas où les sulfamides obtiennent une sédation, ce qui n'est pas constant.

Le mode de contagion le plus habituel se fait par la sodomie, une exception, les anorectites gonococciques des femmes atteintes de vagino-vulvite avec écoulement abondant. Dans les deux cas, il s'agit bien d'un mode de contamination d'origine externe par voie ascendante.

Les manifestations cliniques surviennent 3 à 5 jours après le contagé. La phase aiguë est caractérisée par des douleurs très vives résultant d'un spasme sphinctérien très intense. L'examen rendu particulièrement difficile du fait de l'intensité des douleurs, montre une muqueuse rouge foncé œdématisée.

En quelques jours, des ulcérations recouvertes de pus verdâtre fétide et abondant apparaissent. L'évolution vers la chronicité est fréquente et si celle-ci se produit, son traitement est des plus longs et des plus difficile.

L'ANORECTITE CHANCRELLEUSE

Elle est due au bacille de Ducrey et relève également d'un mode de contagion directe où la sodomie joue le rôle essentiel.

Le point de départ se fait au niveau de la marge de l'anus, sur la peau, par un chancre mou. A l'inspection, on reconnaît cette ulcération irrégulière à

bords surélevés entourés d'un liseré nécrotique à fond plat et sanieux. Cette ulcération a une forme de raquette se prolongeant en feuillets de livre dans le canal anal au fond d'un pli cutané. Pour mieux la voir, il faut déplisser lentement la marge cutanéomuqueuse de l'anوس. De nouvelles ulcéra-tions apparaissent de proche en proche par auto-inoculation. Peu à peu, elles confluent, aboutissant à une anite ulcéreuse très douloureuse à la défécation et à l'examen, sécrétant abondamment un liquide sanieux, hémorragique à chaque selle. Cette anite s'étend fréquemment jusqu'à l'ampoule rectale où elle se limite.

Le diagnostic repose sur la constatation du chancre mou, sur les épreuves complémentaires : recherche du bacille de Ducrey, intra-dermo-réaction au Dmelcos, auto-inoculation ; enfin sur la présence de ganglions inguinaux caractéristiques : ce sont de gros bubons chauds, rouges, avec péri-adénite énorme aboutissant rapidement à la suppuration. Cependant, il faut connaître la fréquence des inoculations mixtes et on n'a pas le droit de laisser un tel malade sans lui faire systématiquement un examen ultramicroscopique et des B. W. répétés de huit jours en huit jours pendant deux mois, une gono-réaction, des intra-dermo-réactions au Dmelcos et au Frei.

LES LOCALISATIONS ANO-RECTALES DE LA MALADIE DE NICOLAS FAVRE

La maladie de Nicolas Favre peut donner des ano-rectites d'aspect divers. Nombreuses sont les théories invoquées pour expliquer le mode de production de ces rectites. Nous rappellerons la théorie du blocage lymphatique de Jersild et l'hypothèse de l'infection lymphatique péri-rectale soutenue par Gatellier et Weiss.

Notre maître Rachet, avec Cachera, après Bensaude et Lambling, a défendu la théorie de la contamination directe par sodomie. Pour ces auteurs, la lésion débute au niveau de la muqueuse anale et non dans l'atmosphère péri-rectale. Ce début se manifeste par des lésions spécifiques dans lesquelles on peut mettre en évidence le virus. L'atteinte lymphatique serait secondaire à cette lésion rectale.

Nous schématiserons les aspects que l'on peut rencontrer en trois petits tableaux :

a) L'ANORECTITE BASSE PROLIFÉRANTE. — Elle se caractérise par de nombreuses végétations bosselant le canal anal et la partie basse de l'ampoule rectale. Entre ces végétations, des ulcérations irrégulières recouvertes d'enduit purulent parsèment la muqueuse. Il n'y a pas dans ces cas de véritable rétrécissement, mais seulement un encombrement de la lumière anale par les néoformations. Les douleurs sont très vives à la défécation, les écoulements glai-

reux, hémorragiques et purulents sont très abondants.

b) L'ANORÉXIE ULCÉREUSE. — Elle ne présente *a priori* aucun caractère bien spécial et peut simuler en tous points le chancre mou. Cependant, la profondeur insolite de l'ulcération qui remonte sur plusieurs centimètres en un sillon profond jusqu'à la partie basse de l'ampoule rectale, les bords épaissis pouvant proliférer peu à peu, tous ces caractères doivent inciter à pratiquer l'intra-dermo-réaction de Frei qui fera le diagnostic.

c) L'ANORECTITE HYPERTROPHIQUE ET STÉNOSANTE. — Elle se caractérise par le rétrécissement dont nous rappellerons les caractères classiques :

Il siège à cinq centimètres ou six de l'orifice anal, unique en général, il est annulaire plutôt que canaliculé. Très fibreux, il est entouré d'une gangue péri-rectale scléreuse. Au-dessus, la muqueuse est le siège d'une rectite végétante.

Le pronostic de toutes ces formes de la maladie de Nicolas Favre, est des plus graves. Sauf les rares cas où la guérison a pu être constatée, la plus grande majorité des cas évolue vers la chronicité. La sténose définitive entraîne une infirmité pénible qu'aucun traitement ne saurait guérir.

L'ANORECTITE SYPHILITIQUE

Nous ne ferons que signaler le chancre de la période initiale qui siège le plus souvent sur la marge ou dans le canal anal et ne provoque pas de rectite. C'est tout à fait exceptionnellement qu'on le trouve dans le rectum. Il peut se révéler alors par des douleurs à la défécation et des émissions glaireuses et hémorragiques. C'est par l'examen rectoscopique qu'on le dépistera et que l'on pourra faire un examen ultra-microscopique.

A la période secondaire, on peut constater des rectites ulcéreuses. Il s'agit parfois de réaction inflammatoire simple ; plus souvent, elles se manifestent par des néo-formations papulo-érosives. Bien souvent d'ailleurs, l'aspect de ces anorectites est des plus banal, sans aucun caractère spécifique. C'est par la constatation d'autres accidents cutanés et muqueux ainsi que par la réaction de Wasserman que l'on établira le diagnostic exact et que l'on pourra instaurer le traitement d'attaque.

La syphilis tertiaire du rectum est rare ; elle se manifeste par une rectite ulcéreuse, simple, provoquée par les syphilides de la muqueuse rectale. Dans ces cas, la présence de syphilide de la marge de l'anus aide au diagnostic.

Deux cas de rectites hémorragiques guéries par le traitement spécifique ont également été décrits par Bensaude.

Il faut surtout insister sur la forme hypertrophique et sténosante aboutissant au rétrécissement en tous points semblable à celui de la maladie de Nicolas Favre. Certes, cette dernière étiologie a détourné à son profit la plus grande majorité des cas de rétrécissements rectaux. Il n'en reste pas moins vrai que le rétrécissement syphilitique existe. Pour en faire le diagnostic, on ne peut tenir compte uniquement des antécédents syphilitiques du malade et des réactions sérologiques positives, car l'association polyvénérienne est fréquente. Ce n'est que sur la constatation d'une réaction de Frei faite avec un antigène humain contrôlé, constamment négative et surtout sur l'amélioration apportée à la sténose par le traitement spécifique que l'on pourra affirmer l'étiologie.

L'ANORECTITE TUBERCULEUSE

Sur le rectum comme sur le reste de l'intestin, la tuberculose peut prendre ces deux aspects ulcéreux et scléro-hypertrophique.

La rectite ulcéreuse se voit surtout chez les tuberculeux pulmonaires avancés ; associée à une tuberculose anale, elle est souvent un épisode terminal de la maladie. Elle se caractérise par des douleurs intenses avec du ténesme et des épreintes nécessitant souvent la morphine. Les sécrétions sont très abondantes et sont formées de pus et de sang.

La rectite hypertrophiante et sténosante joint à un processus ulcéreux secondaire, un processus de

fibrose qui prend le pas. Elle aboutit parfois à la sténose qui prête aux mêmes discussions avec la maladie de Nicolas Favre et la syphilis. Son traitement en est d'ailleurs aussi délicat et aussi décevant.

CONCLUSION. — Dans l'ensemble donc, les anorectites ou rectites basses, sont essentiellement d'origine externe. Le meilleur exemple en est donné par les anorectites vénériennes dans l'étiologie desquelles la sodomie joue le rôle primordial comme mode de contagion. C'est par voie ascendante qu'elle se propage et elle se limite le plus souvent à la partie basse de l'ampoule rectale.

Nous verrons d'ailleurs que l'étiologie des anorectites est loin d'être toujours évidente. Un cadre spécial doit être réservé pour les causes inconnues qui sont assez fréquentes.

LES RECTITES HAUTES OU RECTO-SIGMOIDITES

Dans la symptomatologie des rectites, ce ne sont pas encore les signes fonctionnels qui sont très caractéristiques. Certes, le ténésme y est souvent moins marqué que dans les anorectites et les épreintes sont plus nettes, mais ce ne sont là que des nuances cliniques. C'est encore l'endoscopie qui jouera le rôle capital pour établir le diagnostic. Ici, pas de limite supérieure nette, le rectoscope, dans la progression, retrouve des lésions très haut et n'atteint parfois la muqueuse saine que dans une portion avancée du sigmoïde. Les lésions sont diffuses ; il n'y a pas de muqueuse saine.

Au point de vue pathogénique, elles partagent les incertitudes des colites. Elles sont le plus souvent d'origine interne, se propageant par voie descendante, mais nombreux sont les cas où l'étiologie reste mystérieuse.

Le bas-rectum est parfois atteint simultanément par voie descendante réalisant alors des rectites totales, le plus souvent chroniques, dans lesquelles le

diagnostic étiologique est assez souvent très difficile à préciser.

Les recto-sigmoïdites sont constantes au cours des diverses colites à titre de localisation secondaire et guérissant avec elles. Ce sont là les recto colites que nous n'envisagerons pas ici car elles nous feraient passer en revue le grand chapitre de la pathologie colique.

Nous envisagerons plus spécialement .

- 1° Les formes localisées au rectum ;
- 2° Les recto-sigmoïdites séquelles de colites.

Ce sont essentiellement les parasitoses qui sont à l'origine des recto-sigmoïdites.

LES RECTITES AMIBIENNES

L'endoscopie ne fournit pas ici de renseignements importants pour en établir l'étiologie. C'est à peine si on peut mentionner la rectite ulcéreuse avec ses ulcérations en coup d'ongle assez particulières. En fait, tous les aspects cliniques peuvent se voir au cours de ces rectites. D'où la nécessité des examens de laboratoire. Ce sont les prélèvements systématiques pratiqués sur les sécrétions pathologiques qui mettront en évidence l'amibe.

Tantôt c'est une amibe indiscutablement pathogène : l'amœba histolitica hématophage avec ses inclusions hématiques bien spéciales ; le diagnostic est

évident et la cure hémétino-arsenicale amènera rapidement la guérison.

Tantôt, ce sont des amibes atypiques dont le nombre augmente peu à peu ; avant d'affirmer le diagnostic il sera prudent d'avoir recours au traitement d'épreuve par l'émétine qui, en 8 jours, doit permettre de juger la question.

Tantôt enfin, il s'agit de rectites amibiennes anciennes traitées par de nombreuses séries d'émétine et de novarsenobenzol ; ce sont dès lors des séquelles indélébiles sur lesquelles le traitement spécifique n'a plus aucune action.

Les examens de laboratoire restant toujours négatifs, on en conclut que l'inflammation n'est plus le fait de la parasitose, mais vraisemblablement d'une infection banale secondaire.

LES RECTITES BILHARZIENNES

Dues à la bilharzialhématoëbia, elles se manifestent par une rectite aiguë, douloureuse, avec écoulement hémorragique et purulent abondant. A la rectoscopie, on trouve toutes les variétés cliniques des rectites avec une plus grande fréquence pour la rectite proliférante et ulcéreuse. Ici encore, c'est le laboratoire qui permettra d'affirmer le diagnostic en découvrant les œufs de bilharzie dans les sécrétions. Enfin, des biopsies des néoformations seront parfois le seul moyen d'établir la cause de cette rectite.

LES AUTRES RECTITES PARASITAIRES

Cliniquement, elles peuvent se manifester par tous les aspects décrits précédemment. Ce n'est que par la découverte dans les selles de parasites autres que l'amibe que le diagnostic peut être évoqué.

Cependant, ce sont là des rectites d'interprétations très délicates et très discutées au point de vue pathogénique. Certes, les oxyures peuvent donner lieu à des rectites superficielles et bénignes guérissant rapidement, mais toutes les autres parasitoses sont très discutées.

LES RECTITES INFECTIEUSES

Dans ce cadre, il faut grouper un grand nombre d'étiologies possibles mais incertaines. Nombreux sont les germes que l'on peut retrouver au niveau des lésions infectieuses du rectum. Ils sont cependant loin d'être tous capables de provoquer des rectites à eux seuls. Il en est de spécifiques tel le gonocoque ; tous les autres ne jouent qu'un rôle d'association. Il s'agit le plus souvent d'infection secondaire aggravant une rectite d'une autre origine mais n'en étant pas la cause première.

LES RECTITES DE CAUSE INCONNUE

Nous abordons avec cette dernière question un des chapitres les plus complexes de la pathologie rectale.

Ces rectites sont fréquentes et posent des problèmes nosologiques et thérapeutiques embarrassants et discutés. Avant de laisser l'étiologie incertaine, il faut essayer d'extraire de toutes les données cliniques, bactériologiques et biologiques à notre portée, le maximum de renseignements.

Pour conduire ces investigations, il sera bon d'avoir à l'esprit un plan d'étude qui envisagera les différentes éventualités à discuter.

IL S'AGIT D'UNE ANORECTITE

La muqueuse du canal anal et la partie basse de l'ampoule rectale sont seules intéressées par les lésions inflammatoires. La limite supérieure de ces lésions est nette et facilement atteinte par le rectoscope. Il est nécessaire de rechercher avec le plus grand soin une cause exogène à ces lésions. Avant tout, il faudra suspecter *les causes vénériennes*. Nous avons déjà vu l'importance de la sodomie dans la pathogénie. Les investigations devront être multiples

et répétées. Il faudra faire des examens sérologiques espacés et surtout des intradermo-réactions, au Dmelcos et aux différents antigènes de la maladie de Nicolas Favre. Ces réactions devront être répétées à intervalles réguliers car elles peuvent n'être positives qu'après un certain temps d'évolution de la maladie. Il sera toujours utile de vérifier ces antigènes sur des sujets sains et sur des malades atteints avec certitude de lympho granulomatose bénigne. Enfin, chez le même malade, il sera utile de faire simultanément tous ces examens biologiques car les atteintes polyvénériennes sont fréquentes chez les sodomiques.

Ces affections vénériennes étant sûrement éliminées, il faudra revoir le malade et s'attacher à rechercher *une cause locale*.

C'est par un examen minutieux de la marge de l'anوس que l'on parvient parfois à trouver une petite lésion jusque-là passée inaperçue.

Après avoir placé convenablement le malade en position gènu-pectorale, plutôt qu'en position gènu-cubitale, il faut s'attacher à déplisser chaque plis muqueux dans tous les azimutes. C'est ainsi qu'on pourra découvrir :

— UNE PETITE FISTULE BORGNE cachée au fond d'une vallée muqueuse entre deux hémorroïdes. L'exploration au stylet montre approximativement son trajet et une injection de Ziehl ou de carmin pourra révéler un orifice interne qui entretient par les sécrétions l'anorectite dont la cause était jusque-là méconnue.

— UN PETIT DÉCOLLEMENT SUPPURÉ INTRA-PARIÉTAL peut également être en cause. Il s'agit d'un récessus chronique, d'un petit abcès le plus souvent. On le trouve fréquemment au pôle postérieur de l'anus et le stylet pénètre sous la muqueuse, permettant d'évaluer son importance. Il faut cependant penser à explorer tout le pourtour anal, car la localisation au pôle postérieur, si elle est la plus fréquente, n'est pas la seule possible.

— UN POLYPE INFECTÉ peut encore être passé inaperçu à cause de sa localisation. C'est le cas des polypes situés au-dessus du canal anal à la portion terminale de l'ampoule. Il y a, à la jonction de ces deux parties du rectum, une zone muette au rectoscope, une zone défilée que l'œil ne peut explorer ni dans la progression ni dans le retrait de l'instrument. Ne pouvant explorer le cul-de-sac postérieur de l'ampoule rectale par l'endoscopie, c'est par un toucher rectal portant spécialement sur cette zone, qu'on pourra découvrir l'agent infectieux. Il sera préférable dans ces cas, pour mieux pratiquer cet examen, de placer le malade sur le dos, les cuisses fléchies sur le ventre, ou encore accroupi sur le doigt qui explore. Mais aucune de ces étiologies peut ne pas être retrouvées. Rien à l'examen, rien aux épreuves de laboratoire, rien à la biopsie ne vient indiquer l'agent causal de la rectite. Il s'agit le plus souvent de rectites basses passagères guérissant après une courte évolution, sous l'effet du traitement local.

IL S'AGIT D'UNE RECTITE HAUTE

Il n'y a pas de lésion du canal anal, mais la muqueuse de la partie haute de l'ampoule rectale est atteinte ainsi que la dernière portion du sigmoïde. Souvent, on ne parvient pas à atteindre la muqueuse saine au-dessus des lésions. Dans ces cas, les différentes étiologies à envisager ne sont pas les mêmes.

LES CAUSES DE VOISINAGE seront à éliminer en premier lieu et il faudra pratiquer des examens poussés des organes génitaux et urinaires, des régions osseuses au contact, etc...

LES ÉTIOLOGIES PARASITAIRES ET INFECTIEUSES devront être recherchées ensuite par un examen des selles, pratiqué par un spécialiste. Une réactivation sera parfois utile pour aboutir au diagnostic étiologique. Bien souvent, cependant, la cause n'en reste pas moins obscure et on pourra pratiquer systématiquement un traitement d'épreuve anti-amibien énergique, mais de courte durée avant d'abandonner toutes recherches.

TRAITEMENT DES RECTITES

Le traitement des rectites est le plus souvent un traitement local ayant pour but de désinfecter et cicatriser la muqueuse enflammée. Dans certains cas, ce pourra être un traitement spécifique lorsque l'étiologie est reconnue ; l'émétine, par exemple, guérit rapidement une poussée de rectite amibienne. Mais, comme nous l'avons déjà vu, l'étiologie des rectites reste assez souvent mystérieuse et dans ces cas ce sont les traitements locaux qui prennent toute l'importance. Les procédés sont nombreux et agissent de façon variable avec plus ou moins de succès suivant les cas. Pour bien conduire un traitement de ce genre, il faut connaître quelques principes fondamentaux, à savoir :

1° Que le rectum infecté est d'une grande fragilité, et particulièrement intolérant : il faudra donc éviter toute manœuvre intempestive et irritante.

2° Que les lésions rectales sont longues à guérir et parfois rebelles à tout traitement du fait des infections secondaires incessantes des lésions de la muqueuse par les matières fécales.

3° Qu'il est difficile de maintenir les médicaments au contact de la muqueuse.

Aussi dans la conduite du traitement de toute rectite faudra-il agir avec patience, doigté et douceur. Les procédés les plus utilisés sont :

- les lavages et pansements de l'ampoule rectale ;
- les pommades et suppositoires, pour le canal anal.

LES LAVAGES cherchent à déterger la muqueuse des nombreux produits d'excrétions au cours des rectites et ensuite la cicatrisation. Ils s'adressent aux rectites purulentes sécrétant abondamment.

Ils devront être donnés avec une faible pression, parfois en goutte-à-goutte, à l'aide d'une seringue et d'une canule en caoutchouc souple avec double courant si possible. Il est préférable de les donner dans l'heure qui suit la selle quotidienne. Le véhicule est très variable : on peut avoir recours à l'eau bouillie, au sérum physiologique ou aux décoctions de guimauve, camomille, etc... Les véhicules huileux sont également très utilisés.

Les médicaments qui seront incorporés sont très nombreux ; nous insisterons surtout sur les colorants faibles qui semblent avoir le plus d'action : bleu de méthylène à 1 ou 2 %, fushine phéniquée, 1 cuillerée à soupe pour 300 cc., gonacrine à 1 pour 2.000, violet de gentiane à 2 %, etc...

Les inconvénients de ces lavages sont nombreux et font qu'ils sont le plus souvent abandonnés. Ils

traumatisent un peu la muqueuse, ils n'ont qu'une action éphémère et ils sont très souvent mal tolérés.

LES LAVEMENTS A GARDER leur sont souvent préférables. Le véhicule, ici encore, peut être aqueux ou huileux mais ce qui le caractérise surtout, c'est la petite quantité qui sera utilisée. Suivant l'étendue des lésions, on utilisera 60 à 100 cc. et le lavement sera donné le soir, au coucher. Bien souvent, au début, il sera nécessaire d'adjoindre au médicament utilisé, 15 à 25 gouttes de laudanum pour calmer l'intolérance qui pourrait se produire. Si la rectite secrète trop abondamment, il est préférable de ne donner ce lavement à garder qu'après un lavement évacuateur.

Nous voudrions ici insister sur une méthode mise au point récemment et décrite par notre maître Rachet avec Busson. Nous voulons parler de l'utilisation de la vitamine A pour la cicatrisation des lésions de la muqueuse rectale. Cette technique est basée uniquement sur la propriété cytophylactique épithéliisante de la vitamine A, propriété constatée dans le traitement des brûlures ou des plaies atones. C'est par la méthode des lavements à garder que l'on utilisera ce médicament en se servant d'un véhicule huileux.

Signalons encore les pansements locaux et les lavements floculants et colloïdaux qui peuvent également donner de très bons résultats.

Suivant l'aspect clinique de la rectite en cause, quelques traitements locaux spéciaux peuvent être envisagés.

Les formes hémorragiques nécessitent de petits lavements chauds à 38-40° qui peuvent arrêter à eux seuls dans certains cas, l'hémorragie.

On pourra leur adjoindre un ou plusieurs des médicaments coagulants. Dans les formes graves saignant abondamment, il faudra évidemment adjoindre un traitement général et parfois une transfusion.

Les formes douloureuses demandent un traitement calmant. On pourra avoir recours au petit lavement d'huile goménolée à 2 %, au liniment oléo-calcaire, à l'eau bismuthée.

Les rectites purulentes nécessitent des lavements antiseptiques divers et parfois la vaccinothérapie locale.

On peut encore utiliser les insufflations, sous contrôle rectoscopique, de différentes poudres inertes telles que le sougallate de bismuth, l'oxyde de zinc, l'ectogan, etc. ; mais ce procédé, ainsi que les badiageonnages ou attouchements, ne donnent pas un contact suffisamment prolongé des médicaments et de la muqueuse.

LES SUPPOSITOIRES ET POMMADES sont utilisés pour le traitement des rectites basses. Il ne faut pas négliger de donner au malade les petits conseils pratiques suivants qu'il ignore 99 fois sur 100 :

— pour les suppositoires, ne les introduire très lentement jusqu'aux trois quarts, les maintenir ainsi quelques minutes et ne les introduire complètement que lorsqu'ils auront commencé à fondre ;

— pour les pommades, utiliser une canule très mousse, à gros orifice. Appuyer sur le tube en retirant progressivement et lentement.

TRAITEMENTS GENERAUX

Suivant que l'étiologie est reconnue ou non, la rectite pourra être traitée différemment. Certaines, comme l'amibiase, relèvent essentiellement de l'émécine qui a une action remarquable. Beaucoup plus souvent, il n'y a pas de traitement spécifique possible. On a proposé alors un très grand nombre de traitements parmi lesquels les arsenicaux maniés avec prudence donnent quelques résultats. Citons encore les sulfamides, l'acriflavine, la gonacrine. La thérapeutique par choc, ainsi que l'autohémothérapie ont été utilisées avec des résultats inconstants.

LA VACCINOTHÉRAPIE.

Rarement spécifique, elle est le plus souvent faite avec la flore totale des selles ou des sécrétions pathologiques. Les résultats donnés par cette méthode sont très inégaux et nécessitent une préparation spéciale du vaccin.

LA DIATHERMIE.

Si elle est souvent mal supportée dans les rectites, elle sera par contre très utile pour les sténoses ou les néoformations. Les séances répétées de dilatation des sténoses seront le plus souvent le seul traitement possible de cette forme clinique de la maladie de Nicolas Favre.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

L'intervention palliative en constituant une arme artificielle n'améliore en rien une rectite, mais elle devient nécessaire au cours de l'évolution d'un assez grand nombre de sténoses qui font obstacle à la défécation.

L'intervention curative par extirpation du rectum, abaissement ou non du sigmoïde et conservation ou non du sphincter, est une opération grave.

Beaucoup d'auteurs s'accordent pour en constater la faillite dans le traitement de la maladie de Nicolas Favre où les récidives sont la règle.

Par contre, dans certaines formes de recto-colites hémorragiques et purulentes à évolution grave, la chirurgie a pu donner quelques cas de guérison.

CONDUITE PRATIQUE DU TRAITEMENT DES RECTITES.

La conduite du traitement varie avec l'aspect clinique, la forme évolutive et l'étiologie de la rectite. C'est un traitement souvent délicat, surtout s'il s'agit

de soins purement locaux qui demandent toujours beaucoup de douceur et de patience.

Rectite aiguë. — Il faut avant tout calmer les douleurs et modérer la fréquence des exonérations. Le repos au lit ou la chaise-longue seront conseillés suivant le degré de la lésion.

Pour calmer les douleurs, les compresses humides chaudes sur le périnée et les bains de siège prolongés et chauds seront très utiles. L'opium, le laudanum, l'extract thébaïque seront souvent nécessaires au début d'une rectite aiguë.

Parfois même, il faudra avoir recours à la morphine.

Pour régulariser le transit intestinal il faudra encore agir avec prudence. On doit toujours se méfier des abondantes évacuations de sécrétions pouvant simuler de la diarrhée et cacher une constipation qu'il faut traiter. Les laxatifs irritants seront prohibés car ils augmentent le spasme et la douleur. L'huile de paraffine ou de vaseline et les mucilages purs seront seuls utilisés. Les lavements sont à peu près impossibles à ce stade ; on pourra parfois faire tolérer de petits lavements d'huile d'olive ou de décoction de guimauve ou camomille. En cas de diarrhée, on aura recours au régime commandé par l'examen coprologique des selles, auquel on adjoindra le sous-nitrate de bismuth, à petite dose, ou le carbonate de chaux léger. Parfois, il sera nécessaire d'avoir recours à l'extract d'opium ou à la codéïne.

Après la phase aiguë du début, on pourra seulement entreprendre les traitements locaux plus actifs pour désinfecter et cicatriser les lésions inflammatoires. Il faudra toujours agir avec la plus grande douceur et très progressivement, en évitant d'irriter ces lésions particulièrement sensibles.

Rectite chronique. — Au cours de ces inflammations chroniques, les traitements locaux seront particulièrement utilisés. Si le traitement spécifique n'est pas possible, il faudra le plus souvent agir par tâtonnement pour trouver la méthode la plus efficace.

De plus, des règles d'hygiène alimentaire et intestinale seront à prescrire. Le régime sera adapté au transit et à l'examen coprologique ; ce sera toujours un régime pauvre en déchets grossiers. On recommandera de n'absorber que des aliments finement divisés par une longue mastication. Il faudra éviter les légumes celluloseux à grosse fibre, les fruits à pulpe épaisse, les fruits à pépins, les condiments, les épices, les boissons alcoolisées. Enfin, après examen coprologique, on sera parfois amené à supprimer les aliments engendrant putréfactions ou fermentations.

Dans tous les cas, il faudra suivre attentivement le fonctionnement intestinal. Le sous-nitrate de bismuth utilisé par Bensaude est laxatif à grosse dose et constipant à petite dose ; c'est un excellent désinfectant formant pansement sur la muqueuse et neutralisant les putréfactions. Le kaolin peut quelquefois remplacer le bismuth, ainsi que le carbonate de

chaux léger ou le charbon. Il sera bon également de recommander d'éviter les excès et le surmenage ; une vie régulière avec sommeil nocturne suffisant est indispensable.

CONCLUSIONS

— Nous proposons de classer les rectites en deux groupes : rectites hautes ou recto-sigmoïdites, et rectites basses ou anorectites qu'on ne peut différencier qu'à l'aide de l'examen endoscopique et souvent des examens paracliniques.

— Les rectites basses sont essentiellement d'origine exogène et se propagent par voie ascendante; alors que les recto-sigmoïdites sont surtout d'origine endogène, pouvant se propager par voie descendante au canal anal.

— L'étiologie des anorectites est dominée par la question des maladies vénériennes, celle des rectites hautes par les parasitoses ; mais la fréquence des étiologies méconnues est remarquable, ce qui engendre de nombreuses discussions.

— Le traitement des rectites est des plus délicats, car il est rarement spécifique. Il requiert beaucoup de douceur, de prudence, de doigté et de patience.

VU : *Le Doyen,*
A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de la thèse,*
Pierre DUVAL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions
de Recteur de l'Académie de Paris :
CARCOPINO.

BIBLIOGRAPHIE

- APPELMANS GÉRARD (R.). — Rectite sténosante. (*Société belge de Gastro-entérologie*. In : *Bruxelles Médical*, 21 juillet 1935, n° 38).
- BECHTEREVA. — Sur le traitement des paraproctites (*Vestnik. CH. Imeni Grekova*, T. 56, n° 2, 1938).
- BENDANDI (G.). — Sopra die casi di rettite sténosante infiltrationé (traitement chirurgical). (*Policlinico sez prat* 43 : 195-201, 3 fév. 1936).
- DE BÈRE (C.-J.). — Proctitis. (*M. Clin. North. Am.* 23 : 203-208, janvier 1939).
- BROCKMAN (Thomas). — The treatment of colonic and rectal diseases. (*Clinical medicine and surgery*, n° 3, March 1929).
- CHEVALLIER (Charles-Henri). — Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. (*La Clinique*, n° 341, mars 1935).
- CREYX, DAMADE et MASSIOS. — Rectites proliférantes. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1921, p. 573).
- DA SILVA LEAL (M.). — Des rectites non sténosantes. (*A medicina contemporanea*, an 52, n° 13, 1^{er} avril 1934, et *J. de Chir.*, T. 45, n° 1, janvier 1935).
- DELBET. — Rectites proliférantes et sténosantes. (*Le Concours Médical* du 12-8-28, n° 33, p. 2.333).

- DELBET et MOUCHET. — Rectites hypertrophiques proliférantes et sténosantes. (*Arch. génér. de médecine*, 1893).
- DEJOU. — Rectite dysentérique chronique d'origine vénérienne mixte. (*Marseille médical*, n° 24, 25 août 1933).
- DELBET (P.). — Rectite sténosante. (*Journal des praticiens*, 17 janvier 1931).
- DELORE (X.), DE GIRARDIER, GRANDMAISON. — Sur un cas de rectocolite grave sténosante. (*Lyon méd.*, 139, 171., 177, 13 fév. 1927).
della Società Piemontaise di chir., vol. 8, n° 1,
- DRNECK (C.-J.). — Proctitis. (*Illinois M. J.*, 73 : 438-441, may 1938).
- FEIGENBAUN (E.-A.). — Contributions à l'étude de l'étiologie et du traitement chimiothérapique des rectites sténosantes et des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Thèse Paris*, 1935).
- FLORIAN (I.). — Considération sur les rectites à propos de quelques cas cliniques. (*Société de Gynec. de Bucarest*, séance du 5 décembre 1937).
- GAGNA. — Les rectites infiltrantes. (*Bolletino e Memoria* 15 janvier 1938).
- GATELIER (J.), WEISS (A.). — Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. (*Journal de Chirurgie*, n° 4, oct. 1934).
- Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. (*XLIII^e Congrès de l'Assoc. Franç. de Chirurgie*, Paris, 8-13 oct. 1934, in : *Gaz. des Hôp.*, 31 octobre 1934).
- Pathologie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. (*Liège méd.*, n° 45, 4 nov. 1934).
- GATELIER (Jean). — Pathogénie et traitement des rectites proliférantes et sténosantes. (*Journal de médecine de Paris*, n° 45, 15 nov. 1934).

- GRANDCLAUDE (Charles). — Les rectites (études anatomo-pathologiques). (*Maroc médical*, 15 nov. 1935).
- GRANDCLAUDE (Charles), TISON (P.). — Les rectites (études anatomo-pathologiques). (*Echo méd. Nord*, n° 17, T. 3, 3^e série, 28 avril 1935).
- HARTMANN. — Rectites sténosantes. (*La Sc. méd. prat.*, 1^{er} nov. 1930, n° 17, p. 643).
- Les rectites sténosantes. (*Paris médical*, 20^e ann., n° 14, 5 avril 1930, pp. 314-322).
- HECKENROTH, MOSINGER (M.), GUILLINY. — Etude anatomoclinique de la rectite chronique hémorragique et purulente. (*Arch. de méd. générale et colon.*, n° 3, 1933).
- HILLEMAND. — Rectite. (*Les fiches de pratique méd.*, juillet 39).
- HUCHON. — Note sur le traitement accessoire des rectites chroniques. (*Ann. de méd. et de Pharm. colon.*, juill., août, sept. 1933, n° 3).
- MERKLEN et BICART (P.). — A propos du traitement des rectites. (*Société de méd. du Bas-Rhin*, séance du 26 nov. 1932).
- MORENAS. — Rectite hémorragique, discrasie sanguine, efficacité de l'auto-hémothérapie. (*Lyon méd.*, 153-673-677, 1934).
- MOUTIER. — Traitement de la rectite hypertrophique et fistuleuse par l'éther-benzylcinnamique. (*Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, 14 nov. 1937).
- RACHET (J.), CACHERA (R.). — Les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas Favre. (*Arch. des malad. de l'app. digest.*, T. 27, n° 1, janvier 1937).
- RACHET (J.), BUSSON (A.), ARNOUS (J.). — Précision nosographique et évolutive sur les recto-colites ulcéro-hémorragique. (*Prog. méd.*, juin 1937).
- RACHET (J.). — Traitement des rectites. (*Les Thérapeutiques nouvelles*, J.-B. Baillière, 1938).

RADICE (L.). — La dia termia nel trattamento delle rettiti proliferanti e stenosanti. (*Arch. ed. atti. d. Soc. Ital. di chir.*, 37 : 965, 1931).

SAVIGNAC. — Traitement des rectites chroniques. (*Rinascenza méd.*, n^{os} 1, 2, 3, anno V, 1928).

SENÈQUE (J.). — Quelques notions sur le diagnostic des rectites et des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Prat. Méd. Franç.*, 15 : 435, 441, juill., A.B. 1934).

— Rectites inflammatoires et sténoses rectales. (*Bull. et mémoires de la Société nation. de Chir.*, n° 27, 28 octobre 1933).

SZEGEDI (S.). — Clinical aspects of proctitis and its modern therapy. (*Gyogyaszat.* 78 : 158-160, 6 mars 1938).

THANSEN. — Proctite hémorragique simple et proctoségmoïdite. (*Arch. méd. Scand.*, n° 1, 27 nov. 34).

VANHAECKE. — Fréquence de la rectite blennorragique chez les prostitués. (*Société de méd. du Nord*, s. de juin 1933. In : *Echo Médical du Nord*, n° 33, 1933).

VILLARD (J.). — Sur un cas de rectite sténosante et proliférante de nature bacillaire ; amputation du rectum. Guérison. (*XLV^e Congrès de l'Assoc. Franç. de Chir.* In : *La Presse médicale*, n° 85, 21 oct. 1936).

TISON. — Les lésions inflammatoires du rectum, étude anatomo-pathologique. (*Thèse Lille*, 1935).

ZEDMAN. — La rectite hémorroïdaire, son traitement rationnel par la vaccinothérapie : pathogénie des hémorroïdes. (*Rev. de vulgar. des Sc. méd.*, Av. 37).

ZWEIZ (W.). — Traitement de la rectite par insufflation. (*Die Erkrankungen des Mastdarms*).